

# Alla Cassa Edile della Provincia di Brindisi

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (Codice C.E. \_\_\_\_\_) nato il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ dipendente attualmente dell'impresa  
\_\_\_\_\_ (Codice C.E. \_\_\_\_\_) nella sua qualità di iscritto alla Cassa Edile e  
ove sussistono le condizioni ed i requisiti del vigente CCNL per i dipendenti delle Imprese Edili & Affini, Accordi  
Integrativi. Statuto e Regolamento della Cassa,

## CHIEDE

che gli venga erogato a mezzo assegno non trasferibile, quanto di seguito indicato con il segno X ed annesse  
indicazioni:

- Protesi Dentarie
- Cure Termali. \_\_\_\_\_
- Un acconto di Euro \_\_\_\_\_ da detrarsi dall'accantonamento risultante in Euro \_\_\_\_\_  
del semestre in corso, con riferimento all'art. 19 del Regolamento per i sotto comprovati motivi  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- L'acconto relativo al periodo \_\_\_\_\_ depositato sul Conto Giacenza Assegni per insufficienza di  
indirizzo di residenza. \_\_\_\_\_

- Contributo Visita Specialistica \_\_\_\_\_

- ASSEGNO FUNERARIO Documenti
- |   |   |
|---|---|
| - per il decesso del Lavoratore<br>_____ nato il _____ deceduto il _____            | 1) Certificato di Morte<br>2) Stato di Famiglia<br>3) Atto Notorio di non separazione tra i coniugi                 |
| - per il decesso del Coniuge, figlio/a<br>_____ nato il _____ deceduto il _____     | 1) Certificato di Morte<br>2) Stato di Famiglia<br>3) Atto Notorio di separazione (solo per decesso<br>del coniuge) |
| - per il decesso del Lavoratore Pensionato<br>_____ nato il _____ deceduto il _____ | 1) Certificato di Morte<br>2) Ricevute spese funerarie  |

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Si autorizza il pagamento a mezzo assegno non trasferibile intestato all'avente diritto per Euro  
\_\_\_\_\_ a titolo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto lavoratore, in calce identificato, dichiara di aver ricevuto informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto  
legislativo n. 196/03, ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla  
comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicati della INFORMATIVA nei limiti e per le finalità della  
Cassa Edile.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Lavoratore \_\_\_\_\_

# ISTRUTTORIA

Esercizio 20... / 20...

Lavoratore \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

dipendente della Ditta \_\_\_\_\_

Per sé  per nucleo familiare

Ore maturate \_\_\_\_\_

Ha presentato stato di famiglia

Non ha presentato Stato di famiglia

Spese documentate per i seguenti interventi :

Visita Specialistica del \_\_\_\_\_ Euro \_\_\_\_\_  
Visita Specialistica del \_\_\_\_\_ Euro \_\_\_\_\_  
Visita Specialistica del \_\_\_\_\_ Euro \_\_\_\_\_

Totale Euro \_\_\_\_\_

Occhiali da vista ( Euro 40,00 fissi)

Lenti a contatto ( Euro 65,00 fissi)

Protesi non riconosciute da INAIL o altri Enti :

Acustiche Euro \_\_\_\_\_

Ortopediche Euro \_\_\_\_\_

Richiesta di prestazione straordinaria (art. 6)

Evento grave \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Spese sostenute : Euro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

L'addetto

\_\_\_\_\_